

# Zytologie - Gastroenterologie

**Patient**
**Name:**
**Vorname:**
**Geburtsdatum:**
**Adresse:**
**PLZ/Ort:**
**AHVN13:** \_\_\_\_\_

**Geschlecht:**     Mann     Frau

 ambulant     stationär

**Rechnung an:**     Patient     Krankenkasse     Einsender     Andere:

**Einsender (Name, Vorname, Adresse, Tel., Stempel):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dr. P. Mosler      | <input type="checkbox"/> Dr. J. Gluch         |
| <input type="checkbox"/> Dr. R. Heimgartner | <input type="checkbox"/> Dr. S. Brunner       |
| <input type="checkbox"/> Dr. D. Batusic     | <input type="checkbox"/> Dr. Z. Virányi       |
| <input type="checkbox"/> Dr. F. Cagienard   | <input type="checkbox"/> Dr. C. Bretschneider |

**Krankenkasse:**
**Versicherten-Nr.:**
**Entnahmedatum/-zeit:**
**Kopie(n) an (Name, Vorname, Ort):**
**Klinische Angaben / Diagnosen / bisherige Therapie / Fragestellung**
 **Schnellbeurteilung**    Telefon-Nr.:

**Lokalisation/Art des Materials (z.B. FNP, Bürste):**
**Vom Institut für Pathologie auszufüllen:**

1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	

**Für Zeichnungen und weitere Angaben bitte Rückseite benutzen!**